Aus der II. medizinischen Klinik München.
(Direktor: Geheimrat Prof. Dr. Müller.)

Aetiologie und Wesen der Gastroptose.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfaßt und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

J. Feldbaum
aus Berislaw (Chersson) Rnßland.

München 1914
Buchdruckerei Max Leutner, Augustenstraße 58.

Aus der II. medizinischen Klinik München.
(Direktor: Geheimrat Prof. Dr. Müller.)

Aetiologie und Wesen der Gastroptose.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfaßt und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

J. Feldbaum
aus Berislaw (Chersson) Rußland.

AGA'I
LUGD BAT
BIBL

München 1914
Buchdruckerei Max Leutner, Augustenstraße 58.

Gedruckt mit Genehmigung der hohen medizinischen Fakultät
der Universität München.

Referent:

Herr Geheimrat Prof. Dr. Fr. v. Müller.

Meinem Bruder Aaron.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548312_0158

Der mäßig gefüllte Magen hat normaliter seine untere tiefste Grenze in der halben Entfernung zwischen der Spitze des Processus xiphoides und dem Nabel. (Cornig). Die vielfache röntgenologische Untersuchung der neuesten Zeit beim Lebenden zeigte eine Schwankung dieser Grenze, die fast bis zum Nabel herunterkommen kann. Überschreitet aber der Magen auch diese Grenze, und wird auch die kleine Curvatur nach unten gezogen, dann sprechen wir von einer abnormen Lage des Magens, wir haben einen Zustand vor uns, den Glénard zum ersten Male mit „Gastroptose" bezeichnet hat. Unter Gastroptose verstehen wir also eine abnorme Senkung, eine abnorme Verlagerung des Magens nach unten. Finden wir, daß außer dem Magen auch andere Baucheingeweide (Darm, bes. Colon transversum, Leber, Niere u. a.) mit herabgesunken sind, so ist die Magensenkung eine Teilerscheinung eines Bildes, das Glénard „Enteroptose" genannt hat.

Die Gastroptose hat bisher in den Lehrbüchern wenig Berücksichtigung gefunden. Die Pathogenese und nosologische Bedeutung dieser Anomalie erscheint noch so wenig geklärt, daß es berechtigt ist, diesen Gegenstand näher zu untersuchen. Auch in der Literatur finden wir noch sehr wenig bestimmte Angaben darüber. Eine gründliche Erforschung der Ätiologie der Gastroptose ist noch nicht gegeben, auch ihr Wesen ist noch nicht geklärt. Wir haben noch immer nur mit Hypothesen zu tun. Darauf hat schon R. Meyer in

seiner Inaugural-Dissertation „Ätiologisches über die Gastroptose“ (1898) hingewiesen. R. Meyer schildert in seiner Arbeit alle bis auf seine Zeit herrschenden Theorien, beweist wie verschieden sie sind, wie schroff sich manche von ihnen gegenüberstehen, und meint nach alledem: „es ist dies auch um so leichter verständlich, als es sich bei den Stützen ihrer (der Autoren) Theorien mehr um Hypothesen als um objektive Beweise handelt“. Acht Jahre später sagt v. Leubuscher: „Die Krankheit ist weder in ihren Ursachen noch in ihrem Wesen völlig klargestellt.“ Die Gastroptose ist eine Anomalie, die sehr verbreitet ist. Sehr zahlreich sind die Fälle, bei denen man nur zufällig einen Tiefstand des Magens findet. Die Ursachen dieser Erscheinung sind folgende:

1. Da die Gastroptose gewöhnlich unbedeutende Beschwerden macht, kommt Patient wegen Gastroptose allein sehr selten in ärztliche Behandlung.

2. Die Gastroptose findet sich meist kombiniert mit anderen Krankheiten, und da die anderen krankhaften Erscheinungen in den Vordergrund treten, bleibt die Gastroptose immer unbedeutende Nebenerscheinung, die außer acht gelassen wird.

Wie bei jeder Krankheit, so ist auch bei der Gastroptose das allerwichtigste die Ätiologie. Ist die Ätiologie der Gastroptose lokaler oder allgemeiner Natur, d. h. haben wir die Ursache der Entstehung der Gastroptose im Magen selbst oder in seiner nächsten Umgebung zu suchen, oder müssen wir sie auf den Zustand des ganzen Organismus zurückführen? Dann kommen die Fragen, die die Äußerung der Gastroptose betreffen: Macht sie an sich Beschwerden? Welche Symptome sind für sie charakteristisch? Werden diese Fragen beantwortet, so ist auch das Wesen der Gastroptose

einigermaßen damit geklärt. Die 94 hier beigelegten Fälle von Gastroptose sollen uns beweisen, wie und wie weit man diese von uns aufgestellten Fragen beantworten kann. Der eigentlichen Untersuchung unserer Fälle wollen wir zuerst eine kurze Übersicht über die Literatur vorausschicken. Wir besitzen heutzutage eine ziemlich reichliche Literatur über diese Fragen, insbesonders über die Frage der Ätiologie.

Glénard war der erste, der eine Theorie der Entstehung einer Gastroptose geschaffen hat. Nach Glénard soll der Grund einer Gastroptose in einer primären Schwäche des Bandapparates der Flexura coli dextra liegen. Dieser soll zuerst erschlaffen; dadurch werde das Colon transversum und sekundär der Magen nach unten disloziert (Riegel).

Hertz: Die Dislokation der Leber durch das Schnüren ist der Hauptmotor, sie gibt den Anstoß zur Verschiebung aller anderen Eingeweide (Stiller).

Einhorn spricht die Ansicht aus, daß die Hauptursache der Enteroptose in langwierigen und hochgradigen Inanitionszuständen zu suchen sei (Stiller).

Meltzing und Kelling führen die Ätiologie der Enteroptose und Gastroptose auf Änderungen des intraabdominellen Druckes zurück. Meltzing unterscheidet zwei Arten von Enteroptose: eine „reine Enteroptose“ mit Hängebauch, d. h. mit erschlafften Bauchdecken, und eine „Verdrängungsenteroptose“, ohne Erschlaffung der Bauchdecken, bei welcher äußere Einflüsse, z. B. das Schnüren des Korsetts, die Dislokation erzeugt haben.

Strümpell meint: Die Ursache dieser Anomalie mag zum Teil in angeborenen Verhältnissen begründet sein, der Hauptsache nach ist sie aber sicher die rein mechanische Folge des Druckes der Kleidung.

Meinert, Fleiner und Bial beobachteten das Zusammentreffen der Enteroptose mit Habitus phthisicus und schrieben es dem Umstand zu, daß die Abdominalargane in den unteren Abschnitten des Thorax keinen Platz finden.

Fleiner legt dem Schnüren eine besondere Bedeutung bei, spricht aber schon von einer Praedisposition durch einen angeborenen Habitus phthisicus (Stiller). „Im Habitus phthisicus", sagt Fleiner, d. h. „in dem langen, schmalen, frühzeitig verknöchernden und mit weiten Interkostalräumen versehenen Brustkorbe liegt also schon eine Praedisposition zum Tiefstande der oberen Bauchorgane."

Fleiner führt noch folgende Ursachen an: 1. Kyphoskoliose und Kyphose. 2. Schwere Leukaemie. 3. Das Schnüren und Korsettragen. 4. Erschlaffung der Bauchdecken nach Entbindungen.

Riegel sieht die Ätiologie der Gastroptose: 1. In Füllung, Auftreibung und Ausdehnung des Magens. 2. In pathologischen Prozessen der Bauchhöhle. Hochgradige Erschlaffung der Bauchdecken, plötzliche Abnahme des Inhaltes der Bauchhöhle können den Anlaß zur Gastroptose geben. „Gastroptose findet sich bei Erwachsenen beiderlei Geschlechts, vor allem bei paralytischem Thorax, bei Hühnerbrust, Trichterbrust, bei Tiefstand des Zwerchfells und der Leber, bei Leberschwellung." Riegel spricht auch der Kleidung „eine sehr wesentliche und weitaus wichtigste Rolle" zu, insbesondere bei Frauen, und meint, eine Kompression der Kleidung könne eine Verschiebung der Baucheingeweide, insbesondere ein Tiefrücken des Magens, zur Folge haben." Nach Riegel soll die Verlagerung des Magens fast stets ein erworbener Zustand sein.

In der Theorie von Fleiner waren schon Andeutungen auf eine Praedisposition des Habitus phthisicus für Entero- resp. Gastroptose. Diese Praedisposition tritt noch deutlicher hervor in der für jene Zeit (1896) ganz neuen Theorie von Stiller, in der Theorie von „Neurasthenia universalis congenita".

Stiller hat zum ersten Male nachgewiesen, daß wir bei Enteroptose resp. Gastroptose Individuen vor uns haben, „mit reizbarem, widerstandslosem, labilem Nervensystem, kurz Neurasthenie und in deren Rahmen besonders hervorstechend die digestive Neurasthenie". Er fand bei diesen Individuen einen bestimmten konstanten Organisationstypus, dessen wesentlichste Punkte sind: „Graziles Skelett, langer Thorax, zarte, schlaffe Muskulatur, dürftiger oder schlechter Panniculus", und so kam er zur Überzeugung, daß „dies dringend auf eine angeborene Anlage hinweist". Stiller beobachtete auch das häufige Vorkommen von einer pathologischen kosta fluktuans decima bei Enteroptose und bezeichnete diese Erscheinung „als ein wahres Stigma neurasthenicum oder enteroptoticum". Nach Stiller ist also die Ätiologie der Entero- resp. Gastroptose als „vitium primae formationis" zu erklären, und verschiedene Insulte, wie Schnürbänder, Geburten usw. sind „mit aller Entschiedenheit nur als Gelegenheitsursachen aufzufassen, welche die angeborene Anlage nur zur Entwicklung bringen". Zu gleicher Zeit gibt Stiller aber zu, „daß es wie erworbene Neurasthenie auch erworbene Enteroptose gibt infolge akuter oder chronischer Traumen". Das Zustandekommen von Ptosen stellt sich Stiller so vor: „bei Asthenikern haben nicht bloß die Bänder, sondern auch die Gewebe des ganzen Magendarmkanals ihren Tonus verloren und sinken vermöge ihrer Relaxation nach abwärts".

Bosengart bezeichnet die Enteroptose entweder als ein Stehenbleiben auf kindlicher Stufe oder als eine Rückkehr zu derselben (Mathes).

„Das Persistieren der angeborenen Lage der Eingeweide“ und „die unter Wirkung äußerer Ursachen erfolgende mehr oder weniger vollständige Rückwärtsentwicklung zu den Verhältnissen des angeborenen Situs“ soll nach Rosengart eine „erschöpfende und zureichende“ Pathogenese abgeben. Ist das „Stehenbleiben auf irgendeinem Punkte der Entwicklung“ eines Organes gegeben, so tritt die Ptose dieses Organs „bei irgendeiner Gelegenheit“ in Erscheinung.

Strauß unterscheidet auf Grund ätiologischer Betrachtung der Fälle zwei große Gruppen: I. eine Gruppe, bei welcher die Gastroptose eine Anomalie der Körperkonstitution darstellt. (Thorax schmal, lang, kosta fluctuans, Habitus phthisicus.) II. eine Gruppe, bei welcher die Gastroptose ein durch lokale, in der Regel mechanische Ursachen bedingtes Leiden repräsentiert. Dislozierende Ursachen: a) am oder im Magen selbst (abnorme Belastung des Magens infolge einer motorischen Insuffizienz mit nachfolgender Gastroptose, Pylorus-Tumoren). b) Dislokationen des Magens durch Zug. Als eine besondere Gruppe betrachtet Strauß die Fälle, die ihre Entstehung einer Vergrößerung des Bauchraumes zu verdanken haben, z. B. „postpuerperaler Typus von Gastroptose“ oder Auftreten einer Gastroptose „nach wiederholter Punktion eines Ascites“.

Quincke sagt: Aenderungen in der Lage der Baucheingeweide können entstehen: 1. durch Erschlaffung oder Dehnung der muskulösen Bauchwandung (Fettansammlung im Bauch, Chlorose usw.), 2. durch Formveränderung der Höhle (Schnüren, Skoliose, Lor-

dose, Geschwülste), 3. durch Dehnung eines oder mehrerer Aufhängebänder.

Klatt gibt uns in seiner Arbeit über Enteroptose über das Wesen des Leidens folgende Anschauung: Es liegt stets eine Konstitutionsanomalie zugrunde. Wo sie da ist, kann Enteroptose auch ohne besondere begünstigende Umstände entstehen. Bei Gegenwart solcher entsteht sie sicher, und zwar durch allmähliche Abnahme der Kraft der Bauchmuskeln, durch Schwächung der Muskulatur des Magens und Darmes und der Aufhängebänder dieser Organe. Die partielle Ptosis einzelner Organe glaubt Klatt auf eine andere Ätiologie zurückführen zu müssen. Es scheinen besonders Traumen dabei eine Rolle zu spielen, während es noch nicht sicher ist, ob sie auf einer Anlage beruht (Schmidts Jahrb. 1907, B. 293).

Albu meint, es sei unrichtig, das Nachlassen des intraabdominellen Druckes als wichtiges, ätiologisches Moment zu betrachten und Abmagerung, Schwangerschaften, körperliche Überanstrengung im allgemeinen und der Bauchpresse im besonderen, häufiges Heben schwerer Lasten, viel Stehen und dgl. als Ursachen für die Entstehung einer Entero- resp. Gastroptose auffassen zu wollen. Auf Grund seiner Erfahrung konnte Albu Visceralptose auch im jugendlichen Alter feststellen. Diese Tatsache brachte ihn auf die Idee, daß es sich bei Enteroptose „zumeist gar nicht um ein erworbenes, sondern um ein angeborenes Leiden handelt, bzw. um eine Anomalie, welche auf einer ererbten und angeborenen Disposition beruhend, meist Jahre und Jahrzehnte lang latent bleibt, ehe sie zum Ausbruch manifester Symptome führt, gelegentlich aber schon im frühen Kindesalter sich bemerkbar macht". Nach Albu ist also die Visceralptose nur eine „Teilerscheinung einer

allgemeinen Körperkonstitution, die durch zahlreiche, auffällige Abnormitäten im Knochenbau und in der Entwicklung der Weichteile gekennzeichnet ist, Zeichen einer im Keim abnorm gerichteten Entwicklung — Habitus paralyticus". „Habitus paralyticus" ist eine „minderwertige Abart des menschlichen Körperbaues".

Bönninger betrachtet die Magenptose als ein durch anomale Wuchsform des Körpers bedingtes, anomales Längenwachstum des Magens (Schm. Jahrb.). Er sagt: „Beim paralytischen Habitus findet sich frühzeitig ein hängender Magen. Durch Belastung erfolgt ein starker Zug nach unten. Durch diesen Zug wird wiederum ein stärkeres Längenwachstum hervorgerufen."

Mathes hat in seiner neuesten Arbeit „Der Infantilismus, die Asthenie und deren Beziehungen zum Nervensystem" die Theorie der konstitutionellen Ursachen bei der Entstehung einer Enteroptose zur vollen Entwicklung gebracht. Schon in einer früheren Arbeit „über Enteroptose" äußerte sich Mathes: „Wir betrachten die Enteroptose als eine Krankheit, die als eine exquisit konstitutionelle den gesamten Organismus befällt und fast in allen Teilen desselben ihre Spuren zurückläßt." In der neuesten Zeit spricht Mathes von einer Konstitutionsanomalie, von einem „asthenischen Infantilismus", der für die Entstehung einer Enteroptose verantwortlich zu machen ist. Er kommt zum Begriffe „asthenischer Infantilismus" folgendermaßen. Er sagt: Wir sehen die Enteroptose heute nicht mehr als eine lokal bedingte Verlagerung der Eingeweide, sondern ordnen sie dem weiteren Begriffe der Asthenie unter. Diese ist zweifellos ein konstitutioneller Defekt, der oft nur eines geringen Anstoßes bedarf, um Krankheitszustände hervorzurufen, die zu den schwersten und subjektiv qualvollsten gehören, denen wir als Ärzte begeg-

nen können. Die schwersten Formen finden wir bei infantilen Individuen; darum und weil beide Zustände, die Asthenie und der Infantilismus, auf eine gemeinsame Ursache, ein Vitium primae formationis, zurückzuführen sind, sind wir berechtigt, von asthenischem Infantilismus zu sprechen.

So viel über die Frage der Ätiologie der Entero- resp. Gastroptose.

Macht die Gastroptose an sich Beschwerden, und was sind ihre Symptome?

Bial meint, daß Beschwerden nicht oder nicht immer in Zusammenhang mit der Dislokation stehen.

Rosenheim dagegen ist überzeugt, daß Klagen über Störungen des Appetites, Völle und Aufgetriebenheit der Magengegend, Aufstoßen, Schmerzen im Epigastrium etc. mit der Dislokation der Organe in ätiologischer Verknüpfung stehen (Bial).

Strümpell macht darauf aufmerksam, daß sehr häufig ausgesprochene Gastroptosen nicht die geringsten Beschwerden machen. Magenbeschwerden, wenn wir sie konstatieren können, sind zum größten Teile rein psychogenen Ursprungs.

Quincke gibt zu, daß das Moment der Senkung Symptome erzeugen kann, aber die Intensität der Symptome ist nicht von dem Grad der Senkung abhängig. Er sagt: Sehr hohe Grade derselben können symptomlos bestehen, ganz geringe Senkungen können andererseits zu einzelnen höchst auffälligen Symptomen führen.

Boas hebt hervor, daß Enteroptose resp. Gastroptose sogar in fortgeschrittenen Stadien völlig symptomlos verlaufen können, weit häufiger, als man es früher anzunehmen glaubte. Er warnt vor Übertreibun-

gen mancher Autoren bezüglich der Beschwerden und Symptome, die von Ptosen erzeugt werden können. Boas nimmt an, daß „die Enteroptose als solche wahrscheinlich nur in höheren Graden oder wenn Komplikationen hinzutreten, z. B. übermäßige Anstrengungen, Diätfehler, Verstopfung, Mißbrauch von Korsett u. a., Symtome hervorruft".

Die gewöhnlichen Symptome einer Gastroptose, die wir bei den meisten Autoren finden, sind folgende: 1. Magendruck, Magenvölle, Appetitlosigkeit, Aufstoßen, usw., 2. Schwächegefühl, Kopfschmerz, Schwindelgefühl usw.

Verfolgen wir die bisher dargelegten Anschauungen verschiedener Autoren über Ätiologie der Enteroptose bzw. Gastroptose in chronologischer Reihe, so gewinnen wir die Überzeugung, daß, je mehr wir an die neueste Zeit heranrücken, desto mehr die Theorie der „mechanischen Ursachen" resp. der „Erschlaffung der Aufhängebänder" an Gewicht und Boden verliert. Zur selben Zeit aber entwickelt sich mehr und findet viele Anhänger die zweite Theorie, die weitgehender als die erste ist, und die Ursachen der Ptose nicht im ptotischen Organe selbst oder in seiner Umgebung sucht, sondern in der Konstitution des ganzen Körpers. Wir haben diese Theorie kennen gelernt in Form von „Asthenia universalis congenita" (Stiller), „einer im Keim abnorm gerichteten Entwicklung" (Albu), „Asthen. Infantilismus" (Mathes). Weder die eine Theorie noch die andere vermag in allen unseren 94 Fällen die Entstehung der Gastroptose zu erklären. Nach der Theorie von Glénard müßte doch jeder Gastroptose eine Coloptose vorausgegangen sein. In unseren Fällen ist nur bei 19 Coloptose nachgewiesen worden. In der Theorie der „mechanischen Ursachen"

wird immer großer Wert auf das Schnüren, Korsett, Kleidung gelegt. In unseren Fällen ist diese Ursache entweder gar nicht vorhanden, oder sie ist von geringer Bedeutung. Überhaupt geben unsere Fälle wenig Anhaltspunkte für verschiedene Insulte, als Ursachen der Entstehung der Gastroptose, kurz für lokale Ursachen. Dagegen finden wir viel mehr Anhaltspunkte für allgemeine Ursachen, die auf Konstitution des gesamten Organismus zurückzuführen sind. Unter den 94 Fällen finden wir 40 mit deutlichen neurasthenischen Erscheinungen, 1 Fall von Infantilismus mit Kosta fluktuans decima, 3 Fälle, wo Asthenie im Vordergrund steht. Dieser Befund deutet genügend darauf, daß wir es in vielen Fällen von Gastroptose mit Leuten zu tun haben, bei denen eine Schwäche der nervösen Konstitution deutlich ist. Die Art dieser neurasthenischen Erscheinungen, welche wir in unseren Fällen finden, erinnert uns oft an denjenigen Organisationstypus, den Stiller so deutlich schilderte. Und doch können die Theorien von Stiller, Albu, Mathes alle unsere Fälle in bezug auf die Ätiologie nicht erklären, denn erstens sprechen die genannten Autoren von einer angeborenen Enteroptose bzw. Gastroptose — bei unseren Fällen scheint sie meistens erworben zu sein, — zweitens sind solche ausgesprochene Typen von „asthenia universalis congenita“ oder „Habitus paralyticus“ oder „asthenischem Infantilismus“, von denen bei den Autoren die Rede ist, sehr wenig in unseren Fällen zu finden. Wir haben aber auch solche Fälle von Gastroptose, wo wir völlig gesunden Körperhabitus finden. Die Einteilung von Strauß in zwei Gruppen, eine mit Konstitutionsanomalie und die zweite mit lokalen Ursachen, scheint mehr zutreffend zu sein. Vielmehr sprechen die meisten unserer Fälle für eine Praedisposition eines Habitus

phthisicus oder neurasthenicus als für Erwerbung einer Enteroptose resp. Gastroptose. Unter unseren 94 Fällen sind 53 mit Magenbeschwerden befallen. Auf Grund dieser Zahl können wir annehmen, daß die Gastroptose an sich schon Beschwerde macht. Jedenfalls haben wir auch eine große Zahl von Fällen, bei denen keine Beschwerden zu konstatieren waren. Außerdem sind verschiedene Grade der Beschwerden in unseren Fällen zu merken, bei manchen heftige Beschwerden, bei manchen aber mäßige oder ganz leichte. Es mag wohl sein, daß, wie wir es auch in unseren Fällen finden, die Gastroptose beschwerdefrei und symptomlos verlaufen kann, doch ist die Warnung Boas' zu weit gegangen, so daß er sagen konnte, nur die hohen Grade von Enteroptose können Beschwerden machen. Wir sehen leichte Ptosen mit beträchtlichen Beschwerden und auch solche Ptosen, wo ihre Beschwerden nicht dem hohen Grade der Ptose entsprechen. Deswegen scheint uns die Meinung Quinckes berechtigt zu sein. Nicht alle Individuen werden von ihrer Gastroptose auf gleiche Weise beeinflußt. Warum die Gastroptose sich so individuell verschieden gestaltet, bleibt noch unklar. Ebenso fraglich bleibt es, auf was wir die Beschwerden bei Gastroptose zurückführen sollen, auf die Ptose selbst, oder auf andere Umstände, die mit ins Spiel kommen, sagen wir auf Störungen im Nervensystem, auf Konstitutions-Schwäche u. a. m.; oder sind sowohl die Ptose wie die anderen Umstände in der Hervorrufung der Beschwerden beteiligt. — Symptome in unseren Fällen sind folgende zu merken: Schmerzhafter Druck im Magen, Druck im Magen nach dem Essen, mäßige Schmerzen und Gefühl von Völle nach dem Essen, Druckgefühl in der Magengegend unabhängig von der Nahrungsaufnahme, brennende Schmerzen in der Magen-

gegend, Auftreiben des Leibes, Brechreiz usw. Ein konstantes und einheitliches Bild der Symptome können wir nicht aufstellen, denn das Bild der Gastroptose gestaltet sich in jedem Fall ganz verschieden und eigenartig.

Zur Ergänzung der Untersuchung wollen wir noch unsere Fälle von verschiedenen Gesichtspunkten aus betrachten.

Alter:

Die meisten Fälle kommen zwischen dem 15. bis 40. Jahre zur Beobachtung (Eulenburg). Unsere Fälle bestätigen diese Tatsache. Unter den 94 Fällen sind 24 im Alter zwischen 10—20 Jahren, 23 im Alter von 20—30 Jahren, 15 zwischen 30—40 Jahren, 14 zwischen 40—50 Jahren, 7 zwischen 50—70 Jahren. Diese Zahlen zeigen, daß die Gastroptose keine Alterserscheinung, sondern im Gegenteil eine Anomalie gerade des blühenden Menschenalters ist.

Geschlecht:

Die meisten Autoren stimmen überein, daß das weibliche Geschlecht viel häufiger an dieser Affektion zu leiden hat als das männliche (Eulenburg). Bei der Sammlung unserer Fälle konnten wir auch diese Erscheinung merken. Das häufigere Vorkommen der Gastroptose bei Frauen kann dadurch erklärt werden, daß „das Schnüren und die in den weiblichen Organismus so tief eingreifenden Sexualvorgänge, Menstruation und Gravidität, Gelegenheitsursachen zum Zustandekommen der Gastroptose sind“ (Eulenburg).

Beruf:

In unseren Fällen finden wir alle möglichen Berufe, körperliche und geistige. Zu merken sind: 17 von Beruf „Dienstmädchen“, 19 von Beruf „Köchin“ und

8 Studierende. In der Literatur finden wir sehr wenig über die Bedeutung des Berufes bei Gastroptose. Mathes sagt: auch körperliche und geistige Anstrengung sind für die Entwicklung einer Enteroptose von größter Bedeutung. Wir betrachten jede schwere und ermüdende Arbeit, sei sie körperlich, sei sie geistig, als ein chronisches Trauma, das bei der Entwicklung einer Ptose von Bedeutung ist. In unseren Fällen können wir solche schwere Arbeit vermuten.

Grade der Ptose:

Steht der Magenfundus 2—3 Querfinger unter dem Nabel, so sprechen wir von einer leichten Ptose. Handbreit unter dem Nabel — starke Ptose. Wenn noch tiefer — hochgradige Ptose. Von 94 Fällen sind 7 mit hochgradiger Ptose, 21 mit starker Ptose. Die übrigen sind Fälle mit leichter Ptose. Die hochgradige Ptose ist also eine verhältnismäßig seltene Erscheinung.

Darmfunktion:

Oftmals treffen wir bei Gastroptose Darmbeschwerden. Eine sehr häufige Erscheinung ist die Obstipation. Unter unseren Fällen sind 33 mit chronischer Obstipation. Seltener sind Diarrhöen. Diese Störungen seitens der Darmfunktion sind wahrscheinlich nervöser Natur.

Chlorose:

Bei 13 von unseren Fällen finden wir Chlorose entweder als einmal gewesene oder als gegenwärtig noch bestehende. Manche Autoren erklären die Chlorose als Vorläuferin der Gastroptose, manche dagegen betrachten die Chlorose als Folgeerscheinung der Gastroptose. Meinert mißt der Gastroptose die ätiologische Rolle am Zustandekommen der Chlorose zu, indem er annimmt, daß die Zerrung der Bänder und Nerven zu Störungen in der Funktion der Milz und damit der Blutbereitung führe

(Bial). Meltzing meint auf Grund seiner Untersuchungen, daß kein derartiger Zusammenhang zwischen Gastroptose und Chlorose existiere, wie es Meinert angenommen hat. Mathes schließt sich der Meinung Meinerts an und meint, die Chlorose sei diejenige Veränderung der Blutbeschaffenheit, wie sie der Konstitutionsanomalie zukommt, die sich durch den Habitus enteropticus zu erkennen gibt. In unseren Fällen kann die Meinung Mathes' Berechtigung finden, denn es handelt sich bei uns öfters um Konstitutionsanomalien.

Atonie:

Noch öfter treffen wir zusammen mit der Gastroptose die Atonie. Wir haben 26 Fälle mit Atonie. „Inwieweit mit dem Descensus des Magens auch regelmäßig eine Atonie verbunden ist, wie dies Stiller und neuerdings auch Elsner annimmt, darüber gehen die Ansichten noch auseinander" (Boas). Fast alle unsere Fälle mit hochgradiger Gastroptose sind gleichzeitig mit Atonie behaftet. Es ist wohl möglich, daß eine hochgradige Gastroptose durch mangelhafte Magenentleerung, wie manche Autoren das annehmen, zu Atonie führt. Eine regelmäßige Verbindung einer Atonie mit jeder Ptose können wir bei unseren Fällen nicht konstatieren. Im Gegenteil, wir haben auch 9 Fälle, wo „keine Atonie" festgestellt worden ist.

Nervensystem:

In vielen von unseren Fällen finden wir das Nervensystem bei der Erzeugung von Beschwerden beteiligt. 50 Fälle sind durch deutliche, nervöse Symptome gekennzeichnet. Schwäche, Kopfschmerzen, Schwindel, Herzklopfen, Müdigkeit sind häufige Klagen. Wir haben schon oben angeführt, daß wir bei unseren Fällen 40 mit deutlichen neurasthenischen Erscheinungen, 3 Fälle

von Asthenie, 1 Fall von Infantilismus konstatieren konnten. In solchen Fällen ist die Gastroptose immer mit nervösen Symptomen verbunden, da das Nervensystem bei solchen Individuen erschüttert ist. Manchmal können auch Spuren von Neurasthenie, die noch nicht so deutlich auftritt, nervöse Symptome erzeugen.

Enteroptose:

In 19 Fällen zeigte sich die Gastroptose als Teilerscheinung einer Enteroptose. In solchen Fällen ist es einfach zu verstehen, daß die Enteroptose zu einer Gastroptose führen konnte. Bei Enteroptosen werden die Beschwerden beschleunigt, weil zu den Magenbeschwerden auch Darmbeschwerden hinzutreten.

Chemischer Befund:

Die Untersuchung ergab: 3 Fälle mit Subacidität, 2 mit Anacidität, 5 mit Hyperacidität. Dieser Befund ist nicht der Gastroptose selbst zuzuschreiben, sondern den Komplikationen, die bei der Gastroptose aufgetreten sind, so z. B. Magenkatarrh, Verdacht auf Ca, auf Ulcus und Atonie.

Hereditäre Belastung:

Oftmals gibt schon die hereditäre Belastung einen greifbaren Anhaltspunkt zur Annahme einer Konstitutionsanomalie. Von Familienkrankheiten finden wir in 11 Fällen Tbc, in 6 Fällen Herzleiden, in 2 Ca, in 3 Magenbeschwerden.

Zirkulation:

Zirkulations-Störungen infolge von Herzleiden treffen wir 13 mal bei unseren Gastroptosen. Eine solche Komplikation verschlimmert den Zustand, wenn schon ohne sie eine Konstitutionsschwäche vorhanden ist, und macht den Körper und seine einzelnen Organe sehr empfindlich gegen irgendwelche Reize.

Menses:

Spät aufgetretene Menses sind 13 mal gefunden worden, unregelmäßige 12 mal. Eine solche Erscheinung deutet immer auf eine mangelhafte Entwicklung des Körpers hin.

Geburten:

Von vielen Autoren ist darauf hingewiesen worden, daß mehrmalige Geburten für Enteroptose bzw. Gastroptose disponieren, da die Bauchdecken infolge von Partus erschlaffen. Die einen betrachten sie als ätiologisches Moment (mechanische Ursache), die anderen als Gelegenheitsursache (Konstitutionsanomalie). Allerdings können sie bei der Entwicklung einer Enteroptose mitwirken. Auch bei unseren Fällen finden wir 15 mal Geburten.

Aussehen des Abdomens:

Das Aussehen des Abdomens gestaltet sich verschieden. In 6 Fällen treffen wir „Abdomen aufgetrieben", in 9 „nicht aufgetrieben", in 2 „eingesunken". Aus unseren Fällen erscheint ein „aufgetriebenes Abdomen" nicht als Charakteristikum einer Gastroptose. Eher ist es auf Störungen in der Magenfunktion zurückzuführen.

Ren mobilis:

5 mal gefunden worden; eine ernste Komplikation, die die Schwere der Leiden ziemlich erhöht und das Nervensystem auf das tiefste erschüttert.

Thyreoidea:

Eine Schilddrüsenvergrößerung treffen wir bei 11 Fällen. Es ist bekannt, daß eine Schilddrüsenwucherung nervöse Erscheinungen hervorruft. Diese Tatsache sei berücksichtigt bei Beurteilung der Beschwerden, die durch Gastroptose verursacht werden.

Fassen wir alle die dargelegten Gesichtspunkte zusammen, so ergibt sich folgendes: Sehr selten kommt eine Gastroptose allein zum Vorschein. In der größten Mehrzahl der Fälle tritt eine Gastroptose auf kombiniert mit anderen krankhaften Erscheinungen, die sich entweder im Magen selbst lokalisieren (motorische, sekretorische Störungen), oder in seiner nächsten Umgebung (Ptosen anderer Organe), oder in noch weiter liegenden Stellen des Körpers. Infolgedessen wird der Zustand bei Gastroptose sehr kompliziert, die Beschwerden werden beschleunigt, so daß es manchmal kaum möglich ist, Grenzen zu ziehen zwischen der Gastroptose und den anderen krankhaften Erscheinungen, zu wissen, wo die erstere aufhört und die letzteren in Kraft treten. Dazu kommen noch zufällige Momente, Gelegenheitsursachen, die beim Zustandekommen dieses anomalen Zustandes mehr oder weniger mitwirken.

Auf Grund der Untersuchung unserer Fälle, nach allem bisher Ausgeführten, kommen wir bezüglich der Ätiologie und des Wesens der Gastroptose zur folgenden Annahme: Es gibt Individuen, die wegen mehr oder weniger ausgeprägter Konstitutionsschwäche, welche zu mangelhafter Körperentwicklung führte (Habitus asthenicus, Habitus phthisicus, Habitus paralyticus, Habitus infantilis), für Enteroptose, insbesondere Gastroptose, prädisponiert sind. Insbesonders für Gastroptose, weil diese die am häufigsten vorkommende Ptose ist. Die Ptose ist also nicht eine angeborene und nicht eine Teilerscheinung der angeborenen Konstitutionsanomalie, sondern sie wird erst erworben bei dazu begünstigenden Gelegenheitsursachen (chronisches Trauma, Geburten usw.). Auf der Basis dieser Konstitutionsanomalie entstehen auch andere krankhafte Erscheinungen (Chlorose, motor. und sekret., nervöse Störungen usw.), die sich

der Gastroptose hinzugesellen und das allgemeine Bild komplizierter zum Vorschein bringen. Je stärker das Nervensystem mit angegriffen ist, desto empfindlicher sind die Organe beim Zustandekommen einer Ptose, insbesondere der Magen durch seine Dehnungsbedingungen infolge von Belastung. Die Magenptose gestaltet sich individuell sehr verschieden, weil der Magen verschieden empfindlich ist gegen Reize, je nach der Konstitutionsschwäche und je nach den Komplikationen, die sich an seine Ptose anknüpfen.

Zum Schlusse halte ich es für eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Fr. v. Müller für die freundliche Überlassung des Themas und Materials und Herrn Privatdozent Dr. v. Stauffenberg für die Anregung zu dieser Arbeit sowie stets freundliches Entgegenkommen meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

NAME Geschlecht	Alter	Beruf	Familien-krankheiten	Habitus	hypertr. Thecroid	gewesene oder z. Z. bestehende Chlorose	Vitium cordis	Obstipatio	späte oder unregelmäßige Menses	Partus	nervöse Symptom
Fall 1 Helene Sch.	22 J.	Köchin	—	—	+	—	—	—	späte	—	Kurzatmigke Treppensteigen klopfen, Matt.-,
Fall 2 Anna W.	20 J.	Haus-mädchen	Tbc.	Thorax lang, wenig gewölbt	—	—	+	—	—	—	Kopfschme:
Fall 3 Ottilie W.	17 J.	Dienst-mädchen	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Fall 4 Walburga B.	27 J.	Köchin	Magen-beschwerden	Kräftig gebaute Pat., Thorax gut gewölbt und elastisch	—	mit 18 J. Chlorose, Magen-beschw.	—	+	—	—	Mattigke
Fall 5 Marie H.	17 J.	Dienst-mädchen	—	Thorax breit, flach, wenig tief, symmetrisch gebaut	—	—	—	—	—	—	—
Fall 6 Margarete H.	44 J.	Haus-hälterin	—	Thorax symmetrisch, mitteltief und breit	—	—	—	—	—	—	Schlaflosigkeit, losigkeit, Ueb
Fall 7 Therese L.	66 J.	—	—	Thorax kurz, weit, fast faßförmig	—	gewesene Chlorose	—	—	—	1	—
Fall 8 Luise S.	39 J.	Köchin	—	Sehr reduz. Ernährungszust. Thorax lang, auffallend schmal	—	—	—	+	—	3	—
Fall 9 Marie W.	19 J.	Köchin	—	Pat. klein. Thorax zieml. schmal und flach	+	—	—	—	nicht ganz regelmäßig	—	zeitw. Kopfsch Appetit sch
Fall 10 Anna W.	23 J.	Dienst-mädchen	—	Fettpolster und Muskulatur gut entwickelt, Thorax gleichmäßig	—	—	—	–	spät, unregelmäßig	—	Appetit sch
Fall 11 Katharina F.	19 J.	Zimmer-mädchen	—	mäßig kräftig gebaut. Thorax symmetrisch, leidlich gewölbt	+	—	—	—	—	—	starke Kopfsch
Fall 12 Berta K.	44 J.	Kinder-fräulein	Tbc.	wenig kräftig gebaute Patientin, in leidl. Ernährungszustand. Muskul. Fettpolster wenig entwickelt. Thorax normal, symmetrisch	·	—	—	+	—	—	Uebelkeit, Erb Appetit leic

	Beschwerden	Aussehen des Abdomens	Röntgenbefund	Diagnose
bei Herz- üdigk.	drückende Schmerzen in der Magengegend	—	Colon transversum hängt guirlandenförmig bis zur Symphyse herab, starke Gastroptose	Gastroptose
en	schmerzhafter Druck im Magen, morgens Brechreiz	nicht aufgetrieben	leichte Gastroptose. Keine Atonie. Peristaltik gut	Gastroptose
	„Druck" im Magen nach dem Essen	—	Magen atomisch. Peristaltik gut. Ptose des Magens bis zur Symphyse. Starke Koloptose, die schnabelförmig bis zur Symphyse herunterreicht	Gastroptose
	Brechreiz, saueres Aufstoßen, Appetit schlecht	—	deutliche Ptose des Magens. Fundus 3 Querf. unter dem Nabel. Peristaltik gut	Gastroptose
	Magenbeschwerden mit Drücken 1 Stunde nach dem Essen	nicht aufgetriebén	Tiefstand des Magens. 3—4 Querf. unter dem Nabel. Keine Atonie. Gute Abschnür. der Antrumwellen	Gastroptose
petit- keit	stechende Schmerzen in der Magengegend, drückende Schmerzen in der Nabelgegend, unabhängig v. d. Nahrungsaufnahme	—	Magen gut gefüllt, steht handbreit unter dem Nabel, im unteren Teil etwas ektatisch. Bewegungen sind sehr gut	Gastroptose
	Schmerzen, die gürtelförmig um die Hypochondrien laufen	Bauchdecken sehr fettreich, sehr weich	der Magen füllt sich rasch, zeigt eine deutliche Ptose	Gastroptose
	Schmerzen in der Magengegend, stärker nach dem Essen	Bauchdecken schlaff, deutl. Rectus diastase, Magenplätschern	Magen zeigt sehr starke Ptose und geringe Ektasie. Fundus handbreit unter dem Nabel. Peristaltik sehr gut	Gastroptose
erzen, ht	drückende oder krampfartige Schmerzen in der Magengegend nach dem Essen	normale Konsig., nicht aufgetrieben	Magenfundus steht 4 Querf. unter dem Nabel. Peristaltik zieml. träge	Gastroptose
ht	—	flach, nicht druckempf.	Tiefstand des Fundes. Die große Curvatur reicht ins Becken herein. Peristaltik gering. Unterer rechter Nierenpalpalgabel und nach oben verschiebbar	Gastro-Enteroptose
erzen	Schmerzen i. d. Magengegend	leicht eingesunken	sehr starker Tiefstand des Magens und Elongation des Corpus ventriculi	Gastroptose
chen, ch	Leibschmerzen, Auftreiben des Leibes	aufgetrieben, nicht gespannt, Epigastr. auf Druck schmerzhaft, Magenplätschern	Magen stark ptotisch und dilatiert, vollständig mit Wismutbrei angefüllt	Gastro-Enteroptose

NAME Geschlecht	Alter	Beruf	Familien-krankheiten	Habitus	hypertr. Thecroid	gewesene oder z. Z. bestehende Chlorose	Vitium cordis	Obstipatio	späte oder unregelmäßige Menses	Partus	nervöse Sympton
Fall 27 Karolina L.	25 J.	Dienstmädchen	—	—	—	—	—	—	—	—	Mattigke
Fall 28 A.	30 J.	Führerheizer	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Fall 29 Georg A.	39 J.	Maurer	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Fall 30 B.	48 J.	Oberwagenmeister	—	Thorax lang, schmal, Leber 2—3 Querf. u. d. Arcus palpabel. Milz palpabel. Leisten- und Schenkelbruch	—	—	+	—	—	—	Kopfweh, Un Müdigke
Fall 31 Olga B.	38 J.	—	—	—	—	—	—	—	—	2	Angstgefü
Fall 32 Anna B.	18 J.	Küchenmädchen	—	—	—	—	—	—	—	—	Mattigkei
Fall 33 Marie A.	24 J.	Buffetfräulein	—	—	+	1904 Chlorose	+	—	—	—	Mattigkei
Fall 34 Karolina D.	64 J.	Fabrikarbeiterin	—	—	—	—	—	—	—	5	—
Fall 35 Therese P.	20 J.	Nähmädchen	—	zarter Körperbau, schlanke Glieder	—	—	—	—	unregelmäßig	—	Mattigkeit, Sch
Fall 36 Therese H.	20 J.	—	Tbc.	—	—	Pat.hatte 1 Jahr Chlorose	—	—	—	—	Uebelkeit, Bre Stechen im
Fall 37 Marie H.	33 J.	Kontorarbeiterin	—	Habitus asthenicus Ren mobilis. skoliose	+	m. 16 J.	—	—	—	—	Kopfweh und Sch
Fall 38 Heinrich R.	19 J.	Dekorat.-maler	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Fall 39 Georg R.	28 J.	Hilfsarbeiter	—	Geringe Muskulatur u. Fettpolst. Thorax lang, flach, wenig gewölbt	—	—	—	+	—	—	—

	Beschwerden	Aussehen des Abdomens	Röntgenbefund	Diagnose
	Magenbeschwerden	weich, nicht aufgetrieb.	hochgradige Ptose des Magens. Atonie, gute Peristaltik	Neurose
	—	—	Magen gut gefüllt, stark vertikal gestellt. Peristaltik gut, nicht vergrößert	Neurasthenie
	—	—	der Magen wird gut gefüllt. Große Curvatur ca. 5 cm unter der Nabelmarke	Gastritis anacida
uhe,	Magenschmerzen 3 bis 4 Stunden n. der Mahlzeit, Magenplätschern	Magengegend bei tiefer Palpation schmerzhaft	Oesophaguspassage frei. Sie sinkt sofort zum Fundus, kein Füllungsdefekt. Antrum deutlich, Tonus schlecht, Peristaltik großwellig. Fundus 4 Querf. unter dem Nabel	Ulcus duodeni
l	—	—	Magen leicht ptosisch. Peristaltik des Magens gut	Neurasthenie Affekt. ap. sin.
	Magenschmerzen	—	Magen leicht ptosisch, handbreit unter dem Nabel. Gute Peristaltik	Dolores im Epigastrium
	Magenschmerzen, Herzklopfen, Herzschwäche, Atemnot, Druckempfinden am Pylorus	Bauchdecken straff	Magen nicht atonisch, leichte Ptose. Große Curvatur liegt 3 Querf. unter dem Nabel	Chlorose, leichte Ptose
	Beschwerden in der Magengegend und im Unterleib	—	Magenptose, mäßige Atonie	Achylia gastrica, chron. Magenkatarrh
väche	Druckempfindlichkeit v. Ep. bis 3 F. oberhalb des Nabels	—	Magen steht steil. Große Curvatur etwa 4 F. unter dem Nabel. Guter Tonus	Affektio ap. d.
reiz, p.	Magenschmerzen nach dem Essen, zusammenziehendes Gefühl in der Magengegend	—	Magen stark ptosisch, 4 F. unter d. Nabel. Füllung gut. Peristaltik lebhaft	—
vindel	—	—	Magen reicht bis 2 F. oberhalb der Symphyse. Kleine Curvatur etwa unter dem Nabel. Pylorus etwa am Nabel	Asthenie, Enteroptose, Skoliose
	Albuminurie, Ikterisches Aussehen	nicht aufgetrieben	der Magen ist stark erweitert. Große Curvatur steht etwa 3 Querf. unter dem Nabel. Der Magen ist quergestellt und verlauft breit über den ganzen Bauch	Ikterus, Katarrhalis, Albumiaurie
	lebhafte Schmerzen im Unterleib (Schneiden, Stechen), Verstopfung	leicht eingesunken, druckempfindlich, ebenso die Gegend des M. empfindlich	Magen reicht bis 3 Querf. unterhalb des Nabels	Verdacht auf Tb.

NAME Geschlecht	Alter	Beruf	Familien-krankheiten	Habitus	hyperfr. Thecroid	gewesene oder z. Z. bestehende Chlorose	Vitium cordis	Obstipatio	späte oder unregelmäßige Menses	Partus	nervöse Symptome
Fall 54 Maria S.	23 J.	Zimmermädchen	—	Thorax gut gewölbt	+	—	—	—	—	—	Kopfweh
Fall 55 Marie T.	32 J.	—	—	leidl. Ernährungszust. Thorax gut gewölbt	—	—	—	+	—	—	Kopfweh
Fall 56 Anna W.	21 J.	Küchenmädchen	—	kleine Pat. Thorax gut gewölbt	—	—	—	—	außerordentl. unregelm.	—	Kopfschmerzen
Fall 57 Hermine W.	51 J.	Köchin	—	Thorax von guter Bildung	—	—	—	+	—	—	Müdigkeit, Schwä
Fall 58 Lusion A.	19 J.	stud.	Herzleid.	schlank, Thorax sehr lang, mäßig gewölbt	—	—	—	—	—	—	—
Fall 59 Ludwig R.	46 J.	Maurer	—	Thorax breit, gut gewölbt	—	—	—	—	—	—	—
Fall 60 R.	41 J.	Bahngehilfe	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Fall 61 Andreas B.	46 J.	Straßenbahn-Schaffner	—	kräftig gebaut, rechte Schulter hängt etwas herab	—	—	—	—	—	—	—
Fall 62 Frieda D.	14 J.	Dienstmädchen	Tbc.	—	—	—	—	—	—	—	—
Fall 63 Robert E.	24 J.	stud.	Magenleiden	Thorax länglich, mäßig gewölbt, nicht bes. breit	—	—	—	—	—	—	—
Fall 64 Anna E.	25 J.	Kindermädchen	Ca. Tbc.	reduz. Ernährungszust. Thorax wenig gewölbt	—	—	+	—	—	—	Kopfschmerzen
Fall 65 Heinrich F.	21 J.	stud.	—	Thorax mäßig gewölbt, ziemlich breit	—	—	—	+	—	—	—
Fall 66 Pauline F.	26 J.	Köchin	—	zieml. schlanke Pat. Thorax mäßig gewölbt	—	m. 17 J.	—	+	—	—	Müdigkeit
Fall 67 Ludwina F.	16 J.	Hausmädchen	—	kräftiger Körperbau. Dextroconvexe Skoliose Thorax etw. schmal, flach	—	—	—	+	—	—	Kopfweh, Uebelk
Fall 68 Karoline F.	42 J.	Zugeherin	—	—	—	—	—	+	—	—	—

Beschwerden	Aussehen des Abdomens	Röntgenbefund	Diagnose
Schmerzen in der Magengegend, nach dem Essen viel saueres Aufstoßen	nicht aufgetrieben, weich	Magen hochgradig ptosisch	snbacider Magenkatarrh
Magenbeschwerden, Druckgefühl in der Magengegend	Leib etwas aufgetrieben	Gastroptose. Atonie. Schlechte Peristaltik und Antrumbildung	Hypersekretio ventriculi. Atonie. Dilatatio. Ptose. Motorisch. Insuffsz.
diffuse Schmerzen in der Gegend der Nieren	wenig aufgetrieben	Atonie. Mäßige Ptose	Ren mobilis dext. Dolores
starkes Drücken im Magen nach dem Essen, Atemnot	flach, in der Magengegend druckempfindlich	Prompte Füllung. Leichte Atonie, mäßige Ptose 3 Fingerbreit. Gute Antrumbildung und Peristaltik	Dolores
Magenbeschwerden	weich, nicht schmerzempfindlich	Ptosis des Magens mit verstärkter Peristaltik	Cardialgie, Affektio ap.
Druck in der Magengegend, Erbrechen	weich, nirgends druckempfindlich	kein Oesophagospasmus, große Curvatur steht fast Handbreit u. d. Nabel	Pylorospasmus, Hypersekretion, Gastroektasie
—	—	Magen zeigt keine Atonie. Große Curvatur steht 3 Querf. unter dem Nabel	Ca ventriculi. Gastroektasie. Gastroptose. Anacidit.-relat. Pylorusstenose
Beschwerden an beiden Seiten d. Magengegend	weich, nicht druckempfindlich	Atonie. Geringe Ptose	Enteropstose
Magenbeschwerden, drückende Schmerzen nach der Mahlzeit	schlank, nicht aufgetr., starke Druckempfindlichkeit im Epig.	Tiefstand (3 Querf. unter dem Nabel) und Atonie des Magens. Kräftige Peristaltik, deutliche Antrumwellen	Gastralgie
jeden Morgen Druckgefühl in d. Magengegend	weich, nicht druckempfindlich	Magen etwas tiefstehend, gute kräftige Antrumbildung, ausgiebige Peristaltik	Subacidität, Hypomobilität d. Magens u. Darmes
drückende Schmerzen auf der rechten Seite	weich, nirgends druckempfindlich	Magen etwas ptosisch und atonisch	Affektio ap. Gastroptose
Magenbeschwerden, krampfart. Schmerzen, Gefühle der Schwere u. Druck nach dem Essen	weich, nicht druckempfindlich	geringe Ptose. Gute Motilität. Verlangsamte Antrumbildung	Obstipatio chronica Gastro-Enteroptose Atonia intestinalis
brennende Schmerzen in der Magengegend ca. $^1/_2$ Std. nach dem Essen	Leib weich	Pseudosanduhrmagen infolge Ptosis ventric. Keine Verwachsungen, keine Narbenkontrakt.	Gastroptose Pseudosanduhrmagen
Magen- und Leibschmerzen, unabhängig v. d. Nahrungsaufnahme	nicht aufgetrieben, weich	leichte Ptose des Magens. Große Curvatur etwa 2 Querf. u. d. Nabel. Atonie	Hilusdrüsen Dysmenorrhoe und Magenbeschwerden
—	—	Magen mit großer Curvatur etwa 2—3 Querf. u. d. Nabel. Gute Perist.	Lues

NAME Geschlecht	Alter	Beruf	Familien-krankheiten	Habitus	Hyperth. Thecroid	gewesene oder z. Z. bestehende Chlorose	Vitium cordis	Obstipatio	späte oder unregelmäßige Menses	Partus	nervöse Symptome
Fall 82 Kreszenz S.	30 J.	—	—	ziemlich kleine, grazile Frau, Thorax schmal, flach	—	—	—	+	—	5	—
Fall 83 Franziska S.	43 J.	—	—	kleine, grazil gebaute Pat. Thorax ziemlich lang und flach, wie deutlicher Rosenkranz	—	—	+	+	—	1	Kopfschmerzen Schwindel
Fall 84 Anna Sch.	19 J.	Dienst-mädchen	—	Thorax gut gewölbt, symmetrisch, reduzierter Ernährungszustand	—	—	+	+	—	—	Brechreiz
Fall 85 Elise Sch.	35 J.	Ver-käuferin	—	Patientin klein, außergewöhnlich grazil gebaut, durchaus infantil. Habitus, Thorax auffallend lang, wenig gewölbt, Kosta X fluktuans Mammae infantil, rechte Niere deutlich fühlbar	+	—	—	—	—	—	—
Fall 86 Marie Sch.	25 J.	Besteck-putzerin	—	Skoliose d. Wirbelsäule, Zähne größtenteils defekt, Hals schlank, Brust leicht u. wenig gewölbt	—	—	—	—	späte Menses m. 21 J. regelmäßig	1	—
Fall 87 Marie Sch.	35 J.	Dienst-mädchen	—	Thorax breit, flach	—	m. 15 J.	—	—	—	—	—
Fall 88 Babette W.	36 J.	Köchin	—	Thorax gut gebaut und gewölt, Skoliose n. l.	—	—	+	—	—	—	—
Fall 89 Anna B.	42 J.	Kinder-fräulein	—	Körperbau grazil, reduzierter Ernährungszust. Thorax schmal, lang, weite Interkostalräume	—	—	—	—	1. Menses m. 24 J. regelmäßig	—	Schwindelanfäl Schwächegefü Brechreiz
Fall 90 Otto D.	21 J.	Schreiner	—	Thorax breit, kräftig gebaut, gut gewölbt	+	—	—	—	—	—	—
Fall 91 Anna H.	22 J.	—	Ca.	Patientin mittelgroß, schlank, Gesicht auffallend mager	—	—	—	—	—	—	—
Fall 92 Josef E.	17 J.	Kunst-maler	—	grazil gebaut, schwächliche Muskul., mäßiger Ernährungszust. Thorax l. etwas stärker gewölbt absz. mittelbreit u. lang	—	—	—	+	—	—	—

Beschwerden	Aussehen des Abdomens	Röntgenbefund	Diagnose
Schmerzen in der rechten Magengegend	nicht aufgetrieben, schlaff	Magen gut gefüllt, etwas ptosisch. Gute Peritalstik	Obstipatio Spastica
Magenbeschwerden nach jeder Nahrungsaufnahme	unter d. Thoraxniveau eingesunken, im Epigastrium druckempfindlich	der Magen hochgradig ptosisch und atonisch. Die Antrumbildung kaum sichtbar	nervöse Dyspepsie, Dysphagie, Sensibilität. Allgemeine Degeneration
starke Leib- u. Magenschmerzen, besonders nachNahrungsaufnahme, Brechreiz, Aufstoßen	weich, druckempfindlich in der Ileocolcealgegend und links vom Nabel	Fundus 3 Querf. unter dem Nabel. Curvatur des Magens scharf, nirgends Anspannungen. Magenbewegungen etwas träge	Gastritis, Obstip. spastica Erethismen
Magen- und Darmbeschwerden	flach, weich, geringes Plätschern in der Magengegend	der Magen stark ptosisch, kleine Curvatur 1 fingerbreit u. d. Nabel. Außerdem beträchtliche Atonie	Asthenia universalis. Habitus infantilis, Kosta X fluktuans. Ren mobilis dexter. Ptosis. Neurasthenie
krampfartige Magen- und Darmschmerzén	weich, minimal druckempfindlich	der Magen ist schlauchförmig nach abwärts gezogen. Große Curvatur steht ungefähr in der Höhe der Spinae iliacae ant. supr. Peristaltik und Antrumbildung deutlich	Angina follicularis Gastroptose
Druck in der Magengegend, Durchfälle	—	Magen gut gefüllt, leicht atonisch, schlauchförmig, etwas ptosisch	Darmneurose
Durchfall u. Schmerzen im Leib, starke Schmerzen in der Nabelgegend	bei tiefer Palpation gering schmerzhaft	der Magen steht tief, Peritalstik etwas zu lebhaft	Enteritis acuta
starke Magen- und Darmschmerzen	nicht druckempfindlich	Ptose des Magens	Obstipation
Durchfälle, Leibschmerzen, Kreuzschmerzen	druckempfindlich im linken Hypogastr.	geringe Gastroptose	akuter Magenkatarrh
Schmerzen im Unterleib	Resistenz im Verl. d. Colon descendens	Corpus ventriculi elongiert und verschmälert. Der untere Teil mit der Pars pylorica steht handbreit unter dem Nabel. Peritalstik und Magenblase deutlich	Gastro-Entreroptose leichten Grades, Hysterie
Magenschmerzen unabhängig von der Nahrungsaufnahme, Malaria	flach, nirgends druckempfindlich	mäßige Gastroptose, normale Peristaltik	Gastroptose (Atonie) Obstipation (Malaria)

Literatur.

1. Meltzing: Gastroptose und Chlorose. (Wiener Med. Presse 1895).
2. Fleiner: Ueber die Beziehungen der Form u. Lageveränderungen d. Magens u. d. Dickdarms zu Funktionsstörungen u. Erkr. dieser Org. (M. m. W. Nr. 42, 1895).
3. Stiller: Ueb. Enteroptose im Lichte eines neuen Stigma neurasthenicum (Archiv für Verdauungskrankheiten .Bd. II, Heft 3, 1896).
4. Bial: Ueber den Tiefstand des Magens b. Männern. (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 50, 1896).
5. Riegel J.: Die Erkrankungen d. Magens. 1897. H. Nothnagel. Spezielle Pathologie u. Therapie. XVI. 2, 2.
6. Meyer R.: Ueber d. Gastroptose. Inaugural-Diss. (Berlin 1898).
7. Strauß: Einige praktische wichtige Fragen aus dem Kapitel der Gastroptose. (Berl. Klinik. 1899).
8. Rosengrat: Die Pathogenese d. Enteroptose. (Zeitschrift f. diät. u. phys. Therapie 1898).
9. Quincke: Enteroptose und Hängebauch. (Therapie d. Gegend. 1905).
10. Mathes P.: Ueb. Enteroptose. (Arch. f. Gyn. 77, 1906).
11. Stiller: Asthenische Konstitutionskrankheiten (1907).
12. Albu: Bewertung der Visceralptose als Konstitutionsanomalie (B. k. W. 1909).
13. Böninger: Die Gastroptose und ihre Entstehung. (B. k. W. 1910).
14. Boas J.: Diagnostik u. Therapie d. Magenkr. 1911.
15. Mathes P.: Der Infantilismus, die Asthenie u. deren Beziehungen zum Nervensystem. (1912).
16. Strümpell A.: Spez. Pathologie u. Therapie I. (1912).
17. Rovsing: Ueber Gastroptose und ihre Behandlung. (Arch. f. kl. Chr. 60).
18. Eulenburg: Realenzyklopaedie.
19. Schmidt: Jahrbücher der gesamten Medizin.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Josef Feldbaum, Sohn eines Rabbiners, ist am 5. Juni 1886 in Berislaw (Rußland) geboren. Bis zum 16. Lebensjahre beschäftigte er sich mit hebräischer Literatur und Talmud. Dann bereitete er sich zur Reifeprüfung vor, die er im Jahre 1908 am Gymnasium zu Chersson bestand. Seit W.-S. 1909/10 studiert er an der medizinischen Fakultät der Kgl. Universität zu München.